



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Œil de la spondyloarthrite



Ocular manifestations of seronegative spondyloarthritis

Hatem Zeghidi^a, Phuc Le Hoang^b, Bahram Bodaghi^{b,*}

^a Hôpital Max-Fourestier, 403, avenue de la République, 92000 Nanterre, France

^b DHU vision et handicaps, hôpital Pitié-Salpêtrière, université Pierre-et-Marie-Curie, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 11 mars 2015

Disponible sur Internet le 1 avril 2015

Mots clés :

Uvéite

HLA B27

Spondyloarthrite

Anti-TNF alpha

Arthrite réactionnelle

Corticostéroïdes

Keywords:

Uveitis

HLA B27

Spondyloarthritis

TNF alpha blockers

Psoriasis

Reactive arthritis

Corticosteroids

RÉSUMÉ

Les spondyloarthrites se caractérisent par la fréquence de l'atteinte oculaire, qui se manifeste typiquement et principalement par une uvéite antérieure aiguë. La spondyloarthrite ankylosante, l'arthrite réactionnelle, le rhumatisme psoriasique, les entérocolopathies et les rhumatismes indifférenciés sont les principales entités associées. Il s'agit de la première cause d'uvéite dans les pays occidentaux. L'uvéite peut être la manifestation inaugurale permettant le diagnostic de l'affection systémique. Les épisodes inflammatoires se caractérisent par un œil rouge douloureux avec baisse visuelle profonde. La réaction inflammatoire est intense, rapidement évolutive et de type fibrineux. Le traitement corticoïde local permet une évolution favorable s'il est instauré rapidement et à doses efficaces. Ces uvéites ont tendance à évoluer vers la récurrence fréquente, souvent au niveau du même œil, entraînant des complications, menaçant la fonction visuelle. Les corticoïdes topiques constituent la pierre angulaire du traitement mais de nouvelles stratégies basées sur l'emploi des biomédicaments anti-TNF alpha ont permis de réduire considérablement la fréquence des récurrences et ont contribué à améliorer le pronostic à long terme de cette affection avec une meilleure qualité de vie des patients souvent jeunes.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de rhumatologie.

ABSTRACT

Spondyloarthritis are characterized by the frequency of ocular involvement, which is typically characterized by an acute episode of anterior uveitis. Ankylosing spondylitis, reactive arthritis, psoriatic arthritis, undifferentiated arthritis, Crohn's and inflammatory bowel diseases are the main associated entities and the leading cause of uveitis in Western countries. Ocular inflammation may be the inaugural event, leading to the identification of systemic disease. Inflammatory episodes are characterized by a painful red eye with deep visual loss. The inflammatory reaction is intense, rapidly progressive and plastic. Topical corticosteroids are usually efficient if implemented quickly with the appropriate dosage. Recurrences may be observed, often at the same eye, causing complications and threatening the visual function. Even though corticosteroids are the mainstay of treatment, new strategies based on the use of TNF alpha blockers have significantly reduced the frequency of relapses and helped to improve the long-term prognosis of the disease with a better quality of life for these young patients.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of the Société française de rhumatologie.

1. Introduction

L'atteinte oculaire au cours des spondyloarthrites se manifeste typiquement par une uvéite antérieure aiguë, non granulomateuse et représente la première cause de toutes les inflammations

intraoculaires. La physiopathologie demeure multifactorielle avec des éléments génétiques relativement bien identifiés et des facteurs environnementaux imprécis. La prévalence de l'uvéite est plus importante dans les pays occidentaux étant donné l'association à l'antigène HLA B27. Les patients atteints de spondyloarthrite ankylosante développent des uvéites d'aspect relativement spécifique et sont porteurs de l'antigène HLA B27 dans plus de 90% des cas. Ces uvéites se caractérisent par la rapidité d'installation de la réaction inflammatoire, qui porte

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bahram.bodaghi@psl.aphp.fr (B. Bodaghi).

essentiellement sur la composante protéique et la fréquence des récurrences pouvant être responsable de complications comme l'œdème maculaire ou le glaucome secondaire, mettant en jeu le pronostic visuel à plus ou moins long terme. L'atteinte oculaire évolue souvent indépendamment de la maladie rhumatismale. Le traitement initial repose sur les corticoïdes locaux à fortes doses avec décroissance progressive. L'utilisation des agents biologiques a significativement amélioré le pronostic des formes sévères de la maladie oculaire même si certaines entités comme le rhumatisme psoriasique demeurent difficiles à contrôler.

2. Épidémiologie

Les uvéites antérieures HLA B27 apparaissent comme la première étiologie d'uvéite antérieure, et se voient dans 18 à 32 % des cas en occident et 4 à 13 % ailleurs dans le monde [1–3]. Cette disparité est en partie liée à une plus grande prévalence de l'antigène HLA B27 dans les pays occidentaux. Cette prévalence dans la population caucasienne est de 8 à 10 % et atteint près de 50 % des patients ayant une uvéite antérieure aiguë [4,5]. Par contre, le risque de développer une uvéite chez les porteurs de HLA B27 est de 1 % et remonte à 13 % en cas d'antécédents familiaux [6].

L'uvéite HLA B27 peut survenir d'une manière isolée ou associée à une maladie systémique dans 30 à 90 % des cas. Ces maladies sont presque toujours représentées par le groupe des spondyloarthrites.

3. Physiopathologie

Les mécanismes physiopathologiques qui font qu'un patient porteur de HLA B27 développe une uvéite restent mal identifiés. Il semble qu'à cet élément important, s'ajoutent des facteurs génétiques supplémentaires et environnementaux, aboutissant in fine au déclenchement de la maladie.

3.1. Facteurs génétiques

3.1.1. Présence de l'antigène HLA B27

La mise en évidence de l'association entre HLA B27 et uvéites antérieures aiguës remonte à 1973, très rapidement après la découverte de son lien avec la spondylarthrite ankylosante et l'arthrite réactionnelle. Le séquençage génétique a permis de montrer que l'antigène HLA B27 possédait une soixantaine de sous-types correspondant à des protéines différentes [7]. Ainsi le HLA B*2705 est le plus associé au développement des uvéites et reste très fréquemment retrouvé dans la plupart des populations. Le sous-type HLA B*2702 et B*2704 (prédominant en Asie) sont également associés aux spondyloarthropathies, alors que les sous-types HLA B*2709 (Sardaigne) et HLA B*2706 (Asie du Sud-Est) sont peu associés au risque de développer des uvéites [4].

Ces sous-types différents entre eux par des substitutions d'acide aminés et peuvent influencer la sélection des peptides présentés aux lymphocytes T [8]. Ainsi ce grand polymorphisme des antigènes HLA est à l'origine des théories du peptide « uvéitogène », qui suppose que la molécule HLA B27 présente les peptides provenant des antigènes exprimés dans les tissus cibles des spondyloarthropathies (œil et articulations) et d'activer les lymphocytes T CD8+ pathogènes localisés au niveau de ces tissus [9].

3.1.2. Autres gènes de susceptibilité

L'antigène HLA B27 est considéré comme un marqueur génétique de prédisposition aux spondyloarthropathies ou à l'uvéite antérieure. Mais ce marqueur n'est pas le seul impliqué. Les études familiales, le taux de concordance chez les jumeaux et l'hérédité de la maladie chez les apparentés, prouvent l'existence d'autres gènes de prédisposition [10].

Ainsi il a été démontré un rôle du HLA DR4 et du HLA DR8 dans la susceptibilité au développement des uvéites [11].

Enfin, des criblages génomiques ont mis en évidence une région génétique sur le chromosome 9p associée au développement de l'uvéite [12].

3.1.3. Cytokines pro-inflammatoires

Le *tumor necrosis factor* (TNF alpha) joue un rôle clé dans la physiopathologie des spondyloarthropathies [13]. L'inhibition de ce facteur s'accompagne d'une réduction significative des phénomènes inflammatoires.

Des études récemment réalisées sur des modèles animaux ont pu mettre en évidence une surexpression du TNF transmembranaire. Ce modèle aboutit à une nouvelle formation osseuse axiale et périphérique, jamais observée au niveau des modèles animaux avec surexpression du TNF soluble. Il existe ainsi différentes voies et rôles pathogènes entre le TNF soluble et transmembranaire au cours des arthropathies [14]. Ceci explique également l'inefficacité des analogues de récepteurs du TNF au cours des uvéites rhumatismales, de façon assez analogue à ce qui est observé au cours de la maladie de Crohn.

À côté du TNF, d'autres cytokines pro-inflammatoires ont été récemment identifiées et semblent, à travers des modèles animaux, intervenir activement dans la physiopathologie des spondyloarthropathies, comme l'axe IL-23/IL-17, IL-1 et IL-6 [13–15].

3.2. Facteurs environnementaux

Le rôle de ces facteurs supplémentaires, en particuliers infectieux, ne doit pas être négligé. En effet, les modèles transgéniques de la maladie restent indemnes lorsqu'ils sont élevés en atmosphère stérile. Les principaux germes mis en cause dans les études épidémiologiques et cliniques sont les entérobactéries (klebsielles, shigelles, salmonelles) ainsi que *Chlamydia trachomatis*.

4. Aspects cliniques

L'uvéite est typiquement d'installation brutale, aiguë. Elle peut parfois précéder les manifestations articulaires de quelques mois à plusieurs années.

L'âge de survenue de la première poussée est généralement compris entre 30 et 40 ans, avec une nette prédominance masculine. L'uvéite peut être l'élément révélateur du diagnostic dans 41 à 65 % des cas [4,9]. L'atteinte axiale et la présence de l'antigène HLA B27 sont les 2 principaux facteurs de risque de développement d'une uvéite. En effet, les patients atteints d'uvéite antérieure aiguë typique sont les plus souvent atteints de spondylarthrite ankylosante ou d'arthrite réactionnelle et porteurs de l'antigène HLA B27 dans 90 % des cas. Au cours des uvéites, la prévalence du HLA B27 serait de 40 à 50 % en cas de rhumatisme psoriasique, de 35 à 75 % au cours des entérocolopathies et de 70 % au cours des spondyloarthrites indifférenciées (Tableau 1).

4.1. Atteinte du segment antérieur

La conjonctivite et l'uvéite antérieure aiguë sont les principales manifestations cliniques des spondyloarthrites. L'ophtalmologiste fera la différence entre les deux atteintes anatomiques après un examen à la lampe à fente.

La conjonctivite est responsable d'un œil rouge indolore et sans baisse visuelle. Elle s'associe à l'atteinte articulaire et l'urétrite chez les patients atteints d'arthrite réactionnelle.

L'uvéite antérieure aiguë se manifeste par une baisse brutale de l'acuité visuelle, associée à un œil rouge et douloureux. Le patient consulte souvent en urgence. L'examen ophtalmologique objective

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389756>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389756>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)